



IDENTIFIER LES PATIENTES EN SITUATIONS PARTICULIÈRES

Patientes à risque vasculaire, métabolique ou autre
Réaliser des prescriptions adaptées

VUS CET APRES-MIDI



- Risque thromboembolique veineux
- Risque thromboembolique artériel
- Diabète de type 1, gestationnel, type 2
- Le cholestérol et les triglycérides
- L'obésité
- Le tabac
- L'hypertension



MODE D'EMPLOI

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE



Niveau	Type	Grade
NP 1	Essais comparatifs randomisés de forte puissance Métaanalyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie A
NP 2	Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	Présomption scientifique B
NP 3	Études cas-témoin	Faible niveau de preuve C
NP 4	Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	

NIVEAU OMS



Cat.	Cas individuel et suivi	Cas mal connu
1	On peut utiliser la méthode en toute circonstance	Oui (utiliser la méthode)
2	On peut généralement utiliser la méthode	
3	L'utilisation de la méthode n'est pas recommandée sauf si les autres méthodes ne sont pas disponibles ou acceptables	Non (ne pas utiliser la méthode)
4	La méthode ne doit pas être utilisée	

LES FAUX-PROBLEMES

Mais on ne le savait pas...



PATHOLOGIE AUTO-IMMUNE HORS L.E.S.



- Pas de changement si myasthénie, syndrome de Gougerot-Sjögren ou polyarthrite rhumatoïde (sauf cas d'immobilisation prolongée).
- Si immunosuppresseur : prudence si DIU (notamment au cuivre).

HAS - 12/2004

HAS



Oestro-progestatifs (tous)	1
Progestatifs oraux	1
Implants	1
CIU Cuivre	2
CIU Mirena®	2

LA NEUROLOGIE

Situations où ça va pas dans la tête !



MME SAYPP E.

28 ans, infirmière. Découverte d'une sclérose en plaque lors de sa précédente grossesse.

SCLÉROSE EN PLAQUE ET CONTRACEPTION

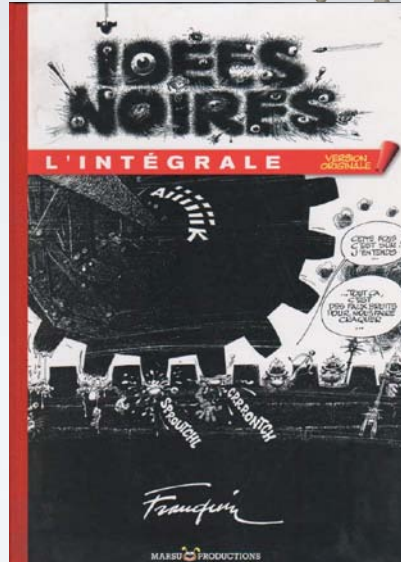
- Pas d'impact fort des contraceptifs (Alonso A. J Neurol Sci. 2009) :
- Apparition plus tardive sous OP (Holmqvist P. Fertil Steril 2010).
- Moins de signes pendant les 21 jours d'OP (Holmqvist P. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2009).
- Les formes progressives seraient plus rapides sous OP (D'Hooghes MB J Neurol 2012).

HAS

Oestro-progestatifs (tous)	1
Progestatifs oraux	1
Implants	1
CIU Cuivre	2
CIU Mirena°	2

MME D. ZIDÉNOIRES

A quoi ça sert tout ça !



MME D. ZIDENOIRE



- 33 ans
- Sortie depuis 1 an d'une hospitalisation de 2 ans pour dépression avec tentative d'autolyse (Lexomil suivi d'une ingestion de Destop°)
- Nombreux partenaires depuis sa sortie (environ 9)
- Souhaite une contraception

LA DÉPRESSION



- Potentielle interaction entre traitement et contraception.
- La contraception oestro-progestative n'augmente pas les symptômes dépressifs (Duke JM. Contraception, 2007).
- Le Miréna semble sans effet (Toffol E. Contraception 2012).
- Le syndrome bipolaire ou la contraception du post-partum n'ont été peu ou pas étudié

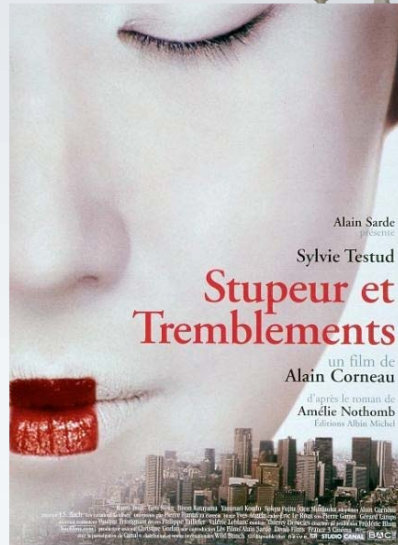
OMS DÉPRESSION



Oestro-progestatifs (tous)	I
Progestatifs oraux	I
Implants	I
CIU Cuivre	I
CIU Mirena°	I

MME MORLALANG

23 ans, épileptique depuis l'âge de 8 ans.



ÉPILEPSIE



- Problématique forte de la programmation de grossesse.
- => Contraception doit être efficace
- Mais les traitements sont parfois inducteurs enzymatiques
- => Diminution de l'efficacité contraceptive.
- Les OP peuvent diminuer le taux plasmatique de lamotrigine
- => Recrudescence des crises

OMS



	Inducteurs*	Lamotrigine
Oestro-progestatifs (tous)	3	3
Progestatifs oraux	3	1
Implants	2	1
CIU Cuivre	1	1
CIU Mirena°	1	1

* Phénitoïne, Carbamazépine, Barbituriques, Primidone, Topiramate, Oxcarbazépine

MME HÉNINGIAUM

Vient d'être opéré d'une tumeur cérébrale



LE MÉNINGIOME



- 3/10 000 femmes (Cea-Soriano L. Cancer Epidemiol 36:198, 2012) et
 - 3 Femmes pour 1 homme
- 10 % de récidence
- Tumeur présentant des récepteurs à la progestérone dans 80 % des cas
 - Décompensation pendant la grossesse et la ménopause (?)

LA CONTRACEPTION HORMONALE



- Etude de cohorte de 2 171 287 patientes. 745 méningiomes...
 - Pas de risque augmenté si OP (OR 1,15 [0,67-1,98])
 - Pas de risque augmenté si THM (OR 0,99 [0,73-1,35])
- Pas d'association avec les cancers hormonodépendants...

Cea-Soriano L. Cancer Epidemiol 36:198, 2012.

LE RISQUE ARTÉRIEL

Des plaques et des plaquettes



MME MÉCIJÉMAL

35 ans



CAS 2 — MOTIF



- Visite postnatale

CAS 2 - ATCD MED



- Taille 1,62 m/Poids 75 Kg avant grossesse
- Poids actuel 82 kg (BMI 31)
- Allergie : AINS
- Pathologie : Migraine avec aura visuelle

CAS 2 — HABITUS



- Profession : responsable du personnel
- Tabac : 5 cig/j
- Alcool : en soirée
- Toxiques : Expérience ancienne THC
- Violences : RAS

SANS AURA $\approx 80\%$



A	≥ 5 crises correspondant aux critères de B à D	
B	4-72 h sans traitement	
C	≥ 2 des 4 caractéristiques	• Unilatéralité • Pulsatilité • Intensité modérée à sévère • Aggravation par activité physique
D	≥ 1 des 2 signes associés	• Nausées et/ou vomissements • Photophobie et phonophobie
E	Pas d'autre cause	

AVEC AURA ($\approx 20\%$)



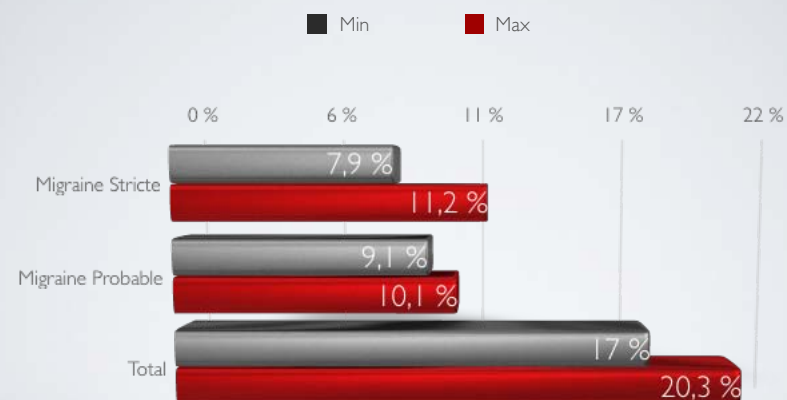
A	≥ 2 crises répondant à B	
B	≥ 1 des 3 symptômes	• Visuels ($\pm$) transitoires • Sensitifs ($\pm$) transitoires • Phasiques ($\pm$) transitoires
C	≥ 1 des 3 caractéristiques	• Topographie homonyme ou unilatérale • Apparition progressive ≥ 5 min • Durée entre 5 et 60 min pour chaque symptôme
D	Pas d'autre cause	

AURA

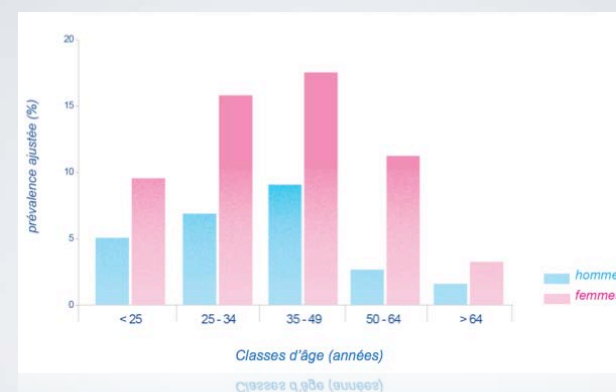


© Schering-Plough

EN FRANCE



PRÉVALENCE



Neurology 2002 ; 232-237

CÉPHALÉES DU SYNDROME PRÉMENSTRUEL

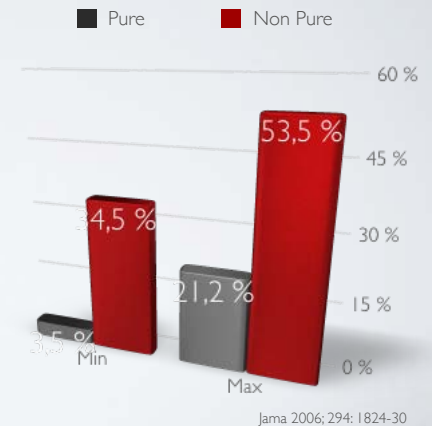


- **Pas une migraine**
- Associées à d'autres symptômes (labilité émotionnelle, anxiété, asthénie)
- En phase lutéale, uniquement si ovulation
- Disparaissent lors de la survenue des menstruations

MIGRAINE MENSTRUELLE



- Non retrouvée en population générale
- Sans aura
- Plus longue
- « prévisible », mais anticipation négative possible



POURQUOI ?



- Chute des estrogènes ?
 - Efficacité E2 préventive à 1,5 mg/j
- Libération prostaglandine endométriales ?
 - Efficacité AINS en curatif

CONTRACEPTION SUR LA MIGRAINE



CONTRACEPTION ET ESTROPROGESTATIFS



- Migraine = variation
 - Limiter les phases, les variations quotidiennes (Anneau - Sabatini Contraception 2006)
- Si apparition ou aggravation : Arrêt EP au moins temporairement
 - Mise sous desogestrel, implant pendant 3 mois
 - Mise sous DIU (sauf menstruelles pure)

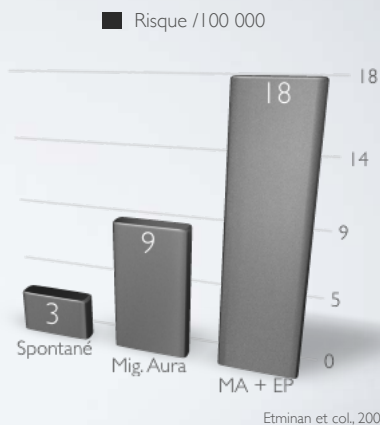
EFFETS MIGRAINE + CONTRACEPTION



MIGRAINE AVEC AURA ISCHÉMIE CÉRÉBRALE



- Pas de différence génération
- OR ≈ 3 si $\geq 50 \mu\text{g}$
- OR ≈ 2 si $< 50 \mu\text{g}$
- OR ≈ 1 progestatif
- $\Rightarrow$ CI absolue



ON RÉFLÉCHIT SI... (HAS 2004)



- Tabac
- Âge > 35 ans
- HTA
- Diabète
- Dyslipidémie
- Obésité : IMC > 30
- Affections cardiovasculaires (coronaropathies, valvulopathies, FA, troubles du rythme)
- Anamnèse familiale positive

ATTENTION



- L'apparition ou la modification des céphalées doit être explorée.
- Sous progestatifs injectables, il y a des majorations des céphalées.

OMS CÉPHALÉES



	Hors migraine	Mig < 35 ans	Mig ≥ 35 ans	Mig + aura
Oestro-progestatifs (tous)	I = 1 C = 2	I = 2 C = 3	I = 3 C = 4	4
Progestatifs oraux	I	I = 1 C = 2	I = 1 C = 2	I = 2 C = 3
Implants	I	2	2	I = 2 C = 3
CIU Cuivre	I	I	I	I
CIU Mirena°	I	2	2	I = 2 C = 3

MME CHUTVIKTORY A.

Voudrait que cela s'arrête



MME CHUTVIKTORY A.

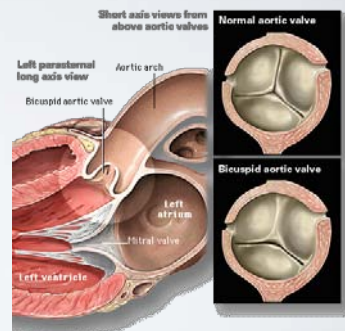


- 26 ans, GI PI
- Pathologie cardiaque complexe valvulaire ayant nécessité une intervention dans l'enfance
 - Aucune complication
- Myomes utérins connus anciens
- Ne veut plus prendre la pilule

LES OESTRO-PROGESTATIFS



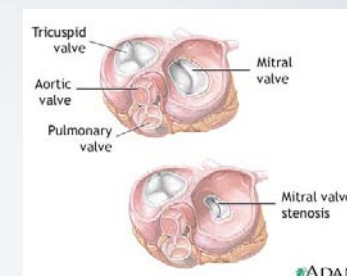
- Risque augmenté de pathologie artérielle thrombotique
- Particulièrement si compliqué



COMPLIQUÉE ?



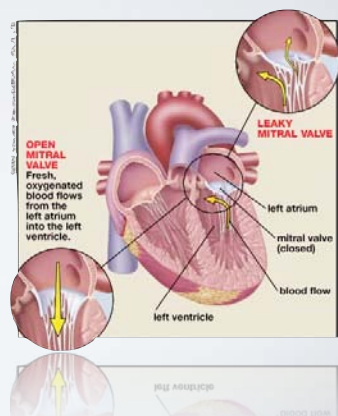
- Hypertension pulmonaire
- Risque de fibrillation auriculaire
- Antécédent d'endocardite bactérienne subaiguë



LA CIU



- Autorisée sans état d'âme si valvulopathie non compliqué
- Si compliquée : Antibiotoprophylaxie avant insertion afin de prévenir l'endocardite



POUR MÉMOIRE...



- Le diaphragme augmente le risque d'infection urinaire et celui d'endocardite bactérienne subaiguë



OMS VALVULOPATHIE



	Simple	Compiquée
Oestro-progestatifs (tous)	2	4
Progestatifs oraux	1	1
Implants	1	1
CIU Cuivre	1	2
CIU Mirena°	1	2

OMS MYOMES



	Cavité normale	Cavité déformée
Oestro-progestatifs (tous)	1	1
Progestatifs oraux	1	1
Implants	1	1
CIU Cuivre	1	4
CIU Mirena°	1	4

LES MÉNORRAGIES



- La présence de saignement inhabituellement abondant doit faire chercher une étiologie grave.
- Pas de changement sous OP, pas d'augmentation des effets secondaires (Iver V, Cochrane Database 2000).
- Diminution sous Mirena, pas d'augmentation des effets secondaires (Huskainen R. Lancet, 2001).
- Même sur myome (Magalhaes J. Contraception 2007).

OMS MÉNORRAGIES



Oestro-progestatifs (tous)	1
Progestatifs oraux	2
Implants	2
CIU Cuivre	2
CIU Mirena	1 = 1 C = 2



MME LOU

Lupus Erythémateux systémique

MME LOU

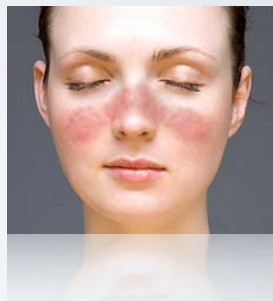


- 25 ans
- Lupus Erythémateux Systémique découvert il y a 3 ans suivi en médecine interne
- Souhaite une contraception par Nuva-Ring

LUPUS EN BREF (1)



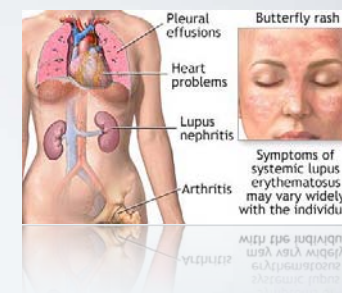
- Maladie auto-immune complexe de la femme jeune (20-30 ans)
- **Signes généraux** : fatigue (80-100 %), myalgies ($\pm$), fièvre (50 %)
- **Arthrite** (90 %) : souvent précoce, migratoire, asymétrique, modérément douloureuse
- **Rash** typique photosensible



LUPUS EN BREF (2)



- **Rénal** : habituellement dans les premières années.
Glomérulonéphrite auto-immune
- **Autres organes** : gastro-intestinal (pancréatite...), pulmonaire (pleurésie...), cardiovasculaire (endocardite...), neurologique (cognitif...), ophtalmologique (syndrome sec), hématologique (cytopénie), **thrombophilie** (antiphospholipides)



LE SYNDROME DES ANTIPHOSPHOLIPIDES



- Critères de Sapporo = **Clinique ET biologique**
- Clinique :
 - Thrombose,
 - MFIU > 10 SA
 - Prématurité < 34 SA du fait d'une éclampsie, prééclampsie, insuffisance placentaire
 - 3 fausses couches (< 10 SA) inexpliquées par des causes chromosomiques, anatomiques, hormonales

BIOLOGIQUE : LES ANTIPHOSPHOLIPIDES



- > 2 tests positifs espacés d'au moins 12 semaines, moins de 5 ans avant l'épisode clinique
- Anticorps anticardiolipide IgG et/ou IgM ELISA (> 99e percentile)
- Anti β 2-GP-I IgG ou IgM ELISA (> 99e p)
- Anticoagulant circulant type Lupique

MYTHOLOGIE



- Les oestroprogestatifs **n'entraînent pas** de poussées (Petri M. New Engl J Med, 2005).



RÉALITÉ THROMBO-EMBOLIQUE



- Les oestro-progestatifs augmentent le risque thrombo-embolique tout comme :
 - Les anticorps antiphospholipides (Culwell KR. Obstet Gynecol, 2009).
 - Le syndrome néphrotique
 - L'hypertension, le tabac...

RÉALITÉ LES PLAQUETTES



- La thrombocytopénie sévère augmente le risque de saignement (< 25 000 surtout)
- Le mirena° pourrait être utile chez ces patientes
(Schaedel ZE. Am J Obst Gynecol 2005).



OMS



	APL +	Thrombo-	Immunosuppr esseurs	Pas de CI
Oestro-progestatifs (tous)	4	2	2	2
Progestatifs oraux	3	2	2	2
Implants	3	I = 3 C = 2	2	2
CIU Cuivre	1	I = 3 C = 2	I = 2 C = 1	1
CIU Mirena	3	2	2	2

MME ACHTÉ A.

Visite post-natale



MME H.TÉA



- Histoire de prééclampsie sur sa précédente grossesse
 - A bilan négatif (notamment thrombophilie)
- L'interne lui a dit que la pilule «c'est fini».

OMS



Oestro-progestatifs (tous)	2
Progestatifs oraux	1
Implants	1
CIU Cuivre	1
CIU Mirena°	1

LE RISQUE VEINEUX

«Les Romains l'avaient dédiée à Vénus (ils l'appelaient Veneris herba : herbe de Vénus ou Veneris vena : veine de Vénus) car ils la croyaient propre à rallumer les feux d'un amour près de s'éteindre.»



MME D.
CAILLOT

29 ans



CAS 3 — ATCD FAM



- Oncologique : RAS
- Cardiovasculaire : Phlébite grand père maternel à l'âge de 72 ans. HTA Parents

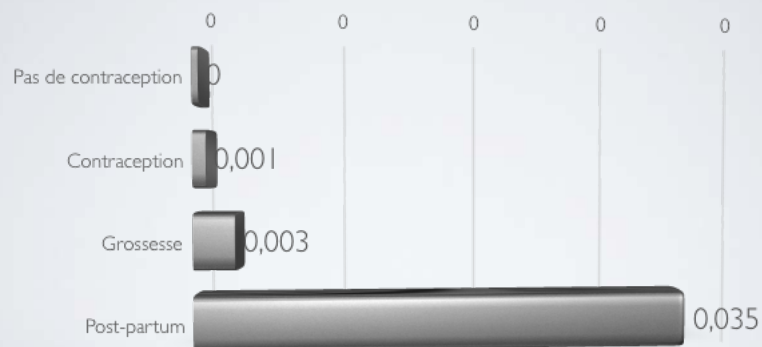
- 



-

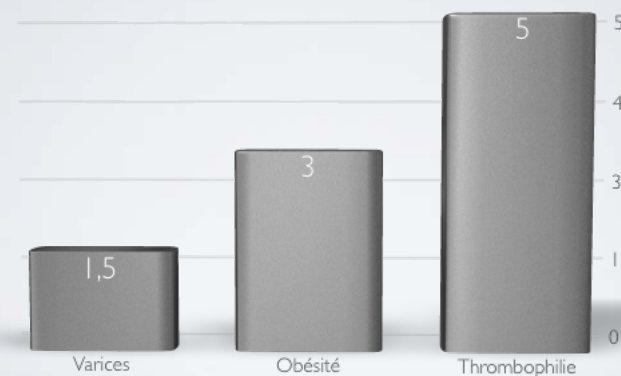


OU AUSSI...



Reid R. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32:1192-1204.

DES FACTEURS DE RISQUE



Rott H. Curr Opin Obstet Gynecol 2012

LE RISQUE EST MAJORÉ...



- Après 40 ans,
- En cas d'antécédent personnel de thrombose veineuse
- En cas de thrombophilie : héréditaire ou acquise (SAPL)
- Lorsqu'il existe d'autres facteurs de risque : obésité, post-partum, chirurgie, immobilisation, long voyage

Consensus SFE 2010

ON RECHERCHE UNE THROMBOPHILIE SI...



- Antécédent familial avant 60 ans :
 - TQ, TCA
 - AT, PC, PS, Facteur V Leiden, Prothrombine (FII) 20 210A
- En cas d'antécédent personnel : ajouter
 - NF Plaquettes
 - ACC et anticorps anticardiolipine et anti-β2 GPI

Consensus SFE 2010

OMSTHROMBOSE



	Antécédent	En cours	Sous anticoagulant	ATCD fam.
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	4	2
Progestatifs oraux	2	3	2	1
Implants	2	3	2	1
CIU Cuivre	1	1	1	1
CIU Mirena®	2	3	2	1

MME JAIHOUBLY É



MLLE JAIHOUBLY É.



- 21 ans
- Grossesse non désirée sous OP à 4 SA + 5 jours
- Consultation IVG

LES OESTRO-PROGESTATIFS



- Prise immédiate après l'avortement
- Pas plus d'effet indésirable en terme de saignement, paramètres de la coagulation... (Gaffield ME. Contraception 2009).
- Nuva-Ring
- Pas d'effet indésirable sérieux ni d'infection sur les 3 mois suivants (Fine PM. Contraception, 2007).

LA CIU



- Pas de différence en terme de complication entre poses immédiates ou retardées (Grimes D. Cochrane Database Systematic Reviews, 2002).
- Plus d'expulsion si pose 2e ou 3e trimestre par rapport au 1er trimestre.
- Pas de différence entre un Mirena ou un cuivre (Pakarinen P. Contraception, 2003).

LA CIU



- 100 % de pose immédiate vs 71 si retardé (2 ou 6 sem).
- 92,3 % d'utilisation à 6 mois si pose immédiate vs 76,6 % si pose retardée en intention (Bednarek PH. N Engl J Med. 2011).

OMS



	1er trim	2e trim	3e trim
Oestro-progestatifs (tous)	1	1	1
Progestatifs oraux	1	1	1
Implants	1	1	1
CIU Cuivre	1	2	2
CIU Mirena°	1	2	2

* Sauf si septique (=> **Cat. 4**)

POST-PARTUM : LES HÉROÏNES

T. LINET

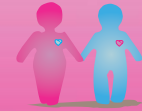


Mini-cas

Mme Konhékoute Pa. 32 ans

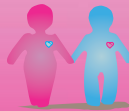


Motif de consultation



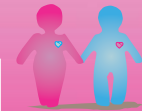
- Postnatale...
- Début de grossesse à 5 SA + 2 jours le 30/06/2011

Minicas - ATCD Chir



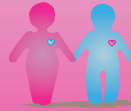
- 2010 : Rétrognatie avec avancée mandibulaire

Minicas - ATCD Med



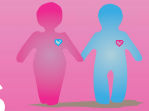
- Groupe O Rh NÉGATIF
- Taille 1,63 m/Poids avant grossesse 58 kg
- Poids actuel 58 kg (BMI = 22)

Minicas - ATCD Gyn



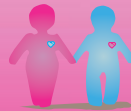
- Menarche à 13 ans
- Cycles moyens 45 jours (7 cycles par ans)
- Pas de syndrome prémenstruel ou d'algoménorrhée
- Dernier FCV : 01/01/2010 env.

Minicas - ATCD Obs



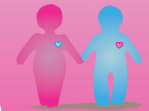
- 02/2011 : F (Ines) GNAT Voie basse 3640g AM court (à postériori) va bien – CHU Nantes
- Pas de contraception donnée (aménorrhée lactationnelle)

Minicas - ATCD Fam



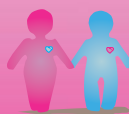
- Oncologiques : cancer du sein mère découvert à l'âge de 48 ans.

Minicas – Habitus



- Profession : audioprothésiste
- Tabac : 2 cig/j
- Alcool occasionnel
- Pas de notion de toxiques ou de violence

Pourquoi ?

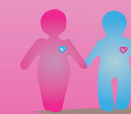


- 5 % d'IVG dans le post-partum (6 mois après une naissance).
- Pose la question du moment de l'information dispensée
 - Préparation ?
 - J2/J3 ?
 - En SDC ?



d'après I. Paulard

La sexualité



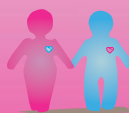
● Reprise de l'activité sexuelle :

- 1 mois : 62 %
- 2 mois : 62 %
- 3 mois : 81 %
- 6 mois : 89 %



d'après I. Paulard

Pensez à une roue de secours



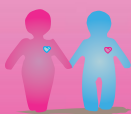
- Un allaitement peut être interrompu pour de multiples raisons
 - => prescription quoiqu'il arrive
- 30 % des patientes ne viennent pas à la consultation post-natale
 - => 1 an sur l'ordonnance cela ne coûte rien

Cas N° 1

Mme Toupeutari V. 35 ans

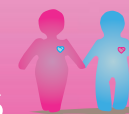


Cas 1 – Pourquoi



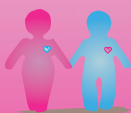
- Vous voyez en consultation postnatale Mme Toupeutari V.
- Elle vient d'accoucher en 2013 d'un Paul par voie basse de 3650g (grossesse spontanée).

Cas 1 – Les antécédents



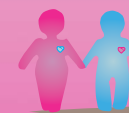
- Chirurgicaux :
 - 2008 : Salpingectomie droite pour salpingite aiguë
 - 2008 : Adhésiolyse postopératoire
- Obstétricaux :
 - 2011 : Charline grossesse après 3e IAC (5 ans d'infertilité)

Cas 1 – A l'entretien 1



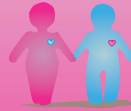
- Va bien, bébé aussi.
- Allaitement en fin de sevrage.
- Pas de retour de couches pour le moment.
- Douleur résiduelle sur la cicatrice d'épisiotomie (cicatrice chéloïde).

Cas 1 – Question



Qu'est-ce qu'une consultation de contraception selon la méthode Bercher ?

La méthode Bercer...



Entretien

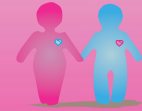
Explication

Bienvenue
Choix

Renseignement

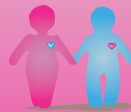
Retour

Accompagner



- Accompagner la patiente
 - 3 mois d'adaptation cela peut arriver
 - On peut se tromper, ce n'est pas grave
 - La bonne contraception est celle que l'on choisit
- On peut se revoir si ça ne va pas

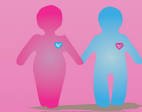
Le counseling... ce n'est pas nul !



CHOICE (1944 pat.)	« Pilule »	Evra°	Nuva-Ring
Choix spontané		2,4 %	8,5 %
Après counseling	56 %	6,2 % (p<0,0001)	22,5 % (p<0,0001)
Les indécises (27,8 % -> 3,9 %)	50,6 %	10,2 %	24,6 %

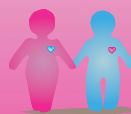
Gemzell-Danielsson K et col. Acta Obstet Gynecol Scand 2011.

Cas 1 – Question



La patiente finalement choisi une contraception par pilule oestroprogestative.
Laquelle choisissez vous ?

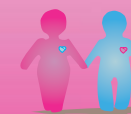
La Cochrane



- Pas grand-chose : études « pauvres » sur le plan épidémiologique (CONSORT).
- Moins de métrorragie dans le groupe 3e génération.
- Moins de mastodynies et de nausées dans le groupe désogestrel vs drospirenone.
- Pas de différence en taux de grossesse...
- Les 3es générations semblent préférables

Lawrie TA. Cochrane Database Syst Rev. 2011;CD004861.

Polémique



- HAS 2013 : « *Il est recommandé de prescrire un 1e intention une pilule combinée contenant de la noréthisterone ou du lévonorgestrel contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol.* »

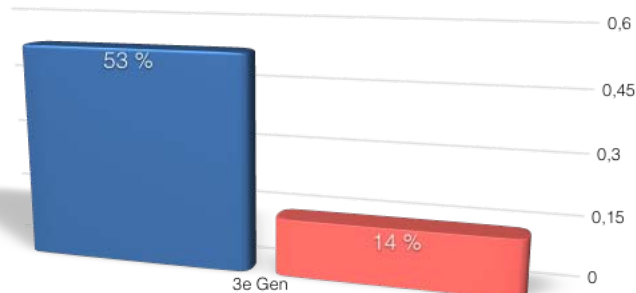
HAS 2013

October 1995 Pill Scare



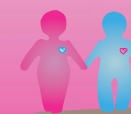
■ Jan 1993 - Oct 1995

■ Oct 1995 - Dec 1998



Farmer RD et col. BMJ. 2000;321:477-479.

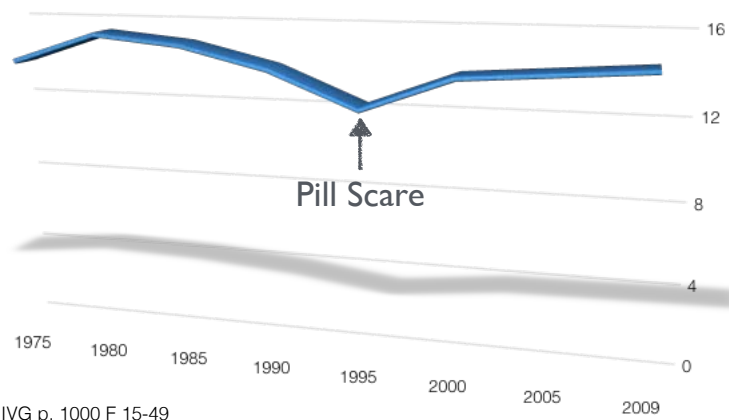
Et alors ?



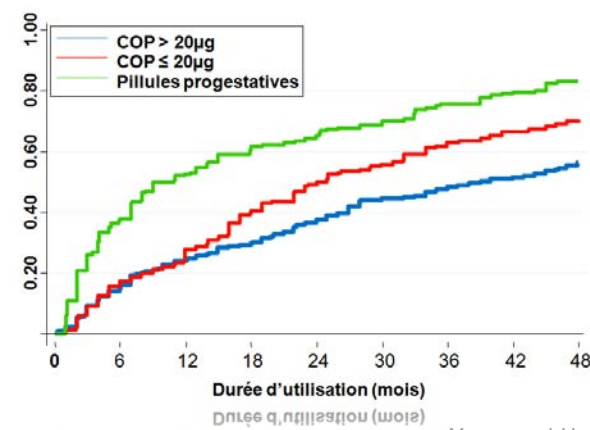
- Aucune variation en terme d'évènement thrombo-embolique !
- Augmentation des grossesses non désirées...

Farmer RD et col. BMJ. 2000;321:477-479.

En France



La dose



Moreau et al. Hum Reprod 2009

L'oubli : LE point noir !!



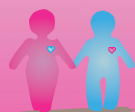
- Etude Coraliance (2005) sur 2306 femmes
- 22,5 % d'oubli au cours du dernier cycle avant inclusion
- 6e cycle de suivi : 14,8 % d'oubli
 - 13,6 en schéma continu
 - 16,8 en schéma discontinu

Alors ?



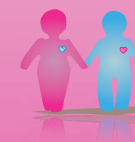
Question	Réponse
Génération	Peu importe pour la patiente. 2e génération pour le prescripteur.
Dosage	30 µg
Rythme	Continu
Nombre cp actifs	24 / 28 jours

Donc...



Estroprogestatifs Oraux										
Gen	Principes	Générique(s)	Progestatif Dosage	1 ^{re} vie projet.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé Dosage EE (hauteur comprimé)	Remboursé S.S.	Prix 1 cycle	Prix 3 cycles	Plaquette
1	Trialia	-	Norethistérone 0,5-0,75-1 mg	5-13 h	EE 35 µg		Remb.	1,88 €	3,24 €	-
2	Stédiril	-	Norgestrel 500 µg	24-55 h	EE 50 µg		Remb.	1,90 €	3,89 €	Jours semaine
2	Minidril	Ludéal G4, Zikale G4	Levonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 30 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Jours semaine
2	Optidril	-	Levonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 30 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Jours semaine
2	Leetoo G4	Lovavulo G4	Levonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Jours semaine
2	OptiLova	-	Levonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Jours semaine
2	Adépal	Pacilia - G4	Levonorgestrel 150 - 200 µg	24-55 h	EE 30 - 40 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Numéros
2	Trinordiol	Amarance G4, Daily G4, Evanecia G4	Levonorgestrel 50 - 75 - 125 µg	24-55 h	EE 30-30-40 µg		Remb.	2,39 €	5,06 €	Numéros

Cas 1 - Question



Quand commencer ?

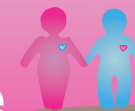
HAS Hors Allaitement (VB ou César...)



	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro- progestatifs (tous)	4	4	2	2	2	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	3	3	2	2

HAS 2013

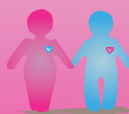
Les facteurs de risque



- Plus de 35 ans,
- Antécédent thrombo-embolique (SIC),
- Thrombophilie (SIC) et mutations à risque,
- Immobilité,
- Transfusion à la naissance,
- IMC > 30,
- Hémorragie du post-partum,
- Cardiomyopathie du post-partum,
- Césarienne,
- Prééclampsie,
- Tabac.

MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60:878-883

Réévaluation de l'OMS



- Risque thrombo-embolique ↗ 22 à 84 fois dans le post-partum jusqu'au 42e jour.
- Les patientes ayant des facteurs de risque cardio-vasculaires ne devraient plus commencer leur contraception qu'avant le 42e jour.

MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60:878-883

HAS Allaitement (VB ou César...)



	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	4	3	3	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	4	4	3	2

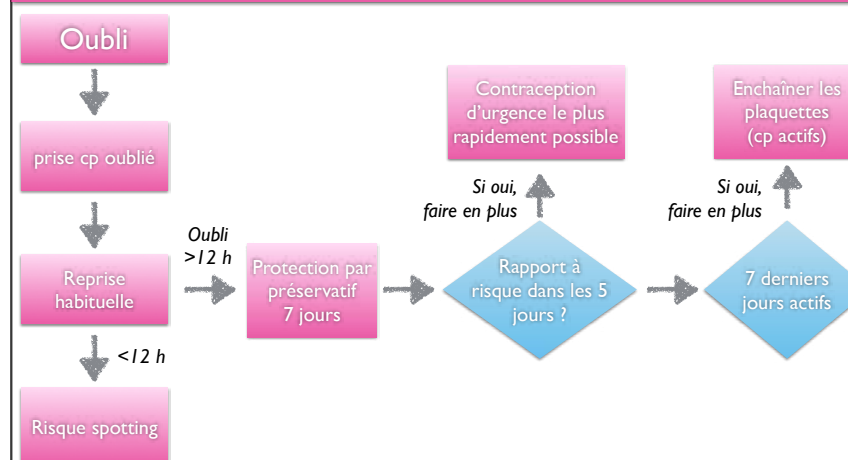
HAS 2013

Cas 1 - Question

Quelle ordonnance ?



HAS oubli 1 cp



Le jour de
début
compte-t-il ?



Le Principe du « Quickstart »

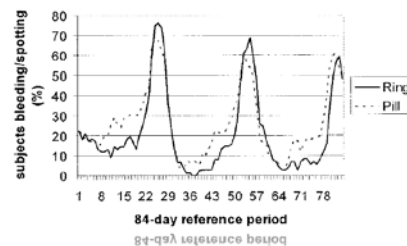


- Démarrer tout de suite une contraception sans attendre les règles
- Et se protéger AU MOINS 8 jours
- Parce que lorsqu'une patiente consulte il est souvent déjà un peu tard...

Transformé en jour
favori !

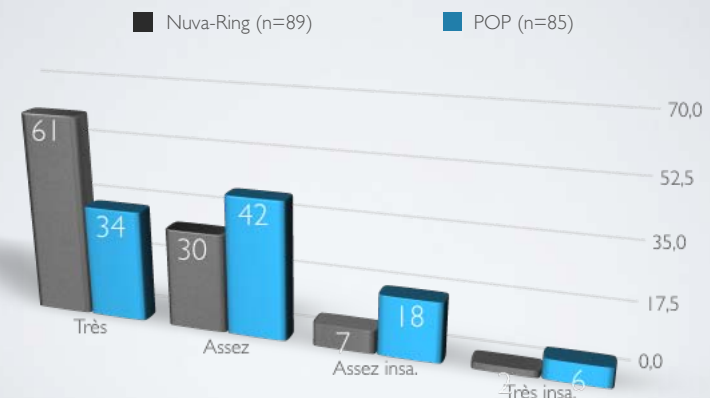
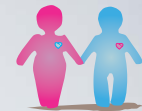


- Le « jour favori » pour s'approprier la contraception
- Plus intéressant pour l'anneau (Lopez LM, Cochrane 2008)



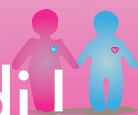
Westhoff, Obstet Gynecol, 2005;

SATISFACTION



Schafer, Contraception, 2006

Moi, c'est le samedi!

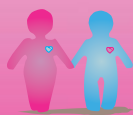


- Les pharmacies sont ouvertes (« panne de boîte »)
- Les patientes ont plus de temps pour « y penser »
- C'est un jour différent des autres
- Pas de règle les WE



Mais c'est à la patiente de choisir !

Ordonnance



(1) OPTIDRIL (non substituable) : 1 cp par jour pendant 28 jours. PAS D'ARRET. QSP 1 an. Le jour favori et protection 7 jours.

(2) ellaOne : 1 cp en cas d'urgence

OUBLI de pilule : un retard SUPERIEUR A 12 HEURES

- En cas de rapport ayant lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, utiliser le comprimé d'ellaOne le plus rapidement possible
- Prendre immédiatement le comprimé oublié et poursuivre normalement la prise de la pilule jusqu'à la fin de la plaquette
- Utiliser un préservatif en cas de rapport sexuel dans les 7 jours suivant l'oubli
- Si l'oubli à lieu au cours des 7 derniers comprimés actifs (c'est à dire ceux avant les 4 ou 7 derniers comprimés de couleur différente), jetez les comprimés inactifs et enchaînez avec une nouvelle plaquette

OUBLI de pilule : un retard INFERIEUR A 12 HEURES

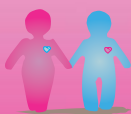
- Prendre immédiatement le comprimé oublié et poursuivre normalement la prise de la pilule jusqu'à la fin de la plaquette

<http://www.choisirsacontraception.fr>

Quel bilan ?



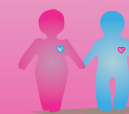
Bilan recommandé avant instauration



Examen clinique ou paraclinique	Recommandé
Tension artérielle	Oui
Poids	Non*
Seins	Non
Toucher et examen du col	Non
Glycémie à jeun	Non
Cholestérol, triglycérides	Non
Hémoglobine	Non
Bilan thrombophilie	Non
Frottis cervico-utérin	Non
Dépistage IST ou HIV	Non

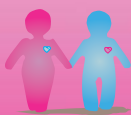
MMWR. 2013.Vol 62N°5

Bilan recommandé 3 à 6 mois après instauration



Examen clinique ou paraclinique	Recommandé
Tension artérielle	Oui
Poids	Non*
Seins	Non
Toucher et examen du col	Non
Glycémie à jeun	Oui
Cholestérol, triglycérides	Oui
Hémoglobine	Non
Bilan thrombophilie	Non
Frottis cervico-utérin	Non
Dépistage IST ou HIV	Non

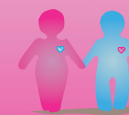
Surveillance / 5 ans



Examen	Résultat
Glycémie à jeun	1,26 g/L
Cholestérol total	-
LDLc	2,20 g/L*
Triglycérides	2 g/L

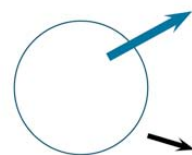
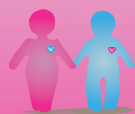
Consensus SFE

Cas 1 – Question



- Finalement, la patiente choisit de prendre l'implant Nexplanon[®] « comme sa copine » parce qu'elle n'a plus de règles.
- Quand pouvez vous instaurer cette contraception ?

Nexplanon°



Noyau :

- 37 % copolymère éthylène / acétate de vinyle (EVA)
- 60 % étonogestrel (68 mg)
- 3 % sulfate de baryum (15 mg)

Membrane régulatrice de débit (0,06 mm) : 100 % EVA

HAS Allaitement (VB ou César...)



	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	4	3	3	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	4	4	3	2
Progestatifs oraux	3	3	I	I	I	I
Implants	3	3	I	I	I	I

HAS 2013

HAS Hors Allaitement (VB ou César...)



	0 à 48 h	48 h à 3 sem	3sem à 4 sem	4 sem à 6 sem	6 sem à 6 mois	> 6 mois
Oestro-progestatifs (tous)	4	4	2	2	2	2
Oestro-prog. et facteur de risque	4	4	3	3	2	2
Progestatifs oraux	3	3	I	I	I	I
Implants	3	3	I	I	I	I

HAS 2013

Les recommandations du CDC...



- Cette société savante s'exprime en faveur de la pose immédiate du Nexplanon° après la naissance (tout comme le DIU ou le SIU).

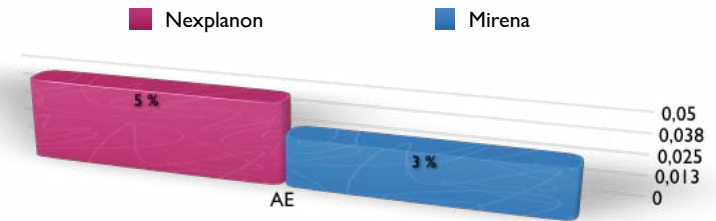
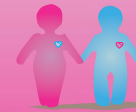
MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60:878-883

Gérer les effets indésirables

Que pouvez-vous dire sur le profil de saignement ?



Les effets indésirables... pas si fréquents !



Nexplanon

Mirena

80 % problématiques de troubles du cycle

- Problématiques de cycles
- Problématique liée au dispositif (expulsion)

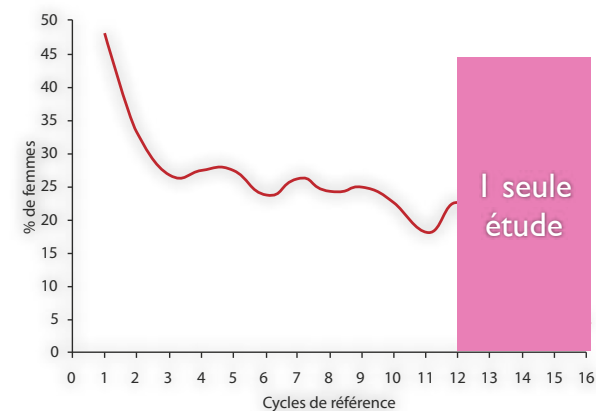
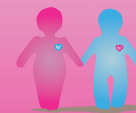
Short M. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2012;17:79-88.

Les saignements

80 % des problèmes

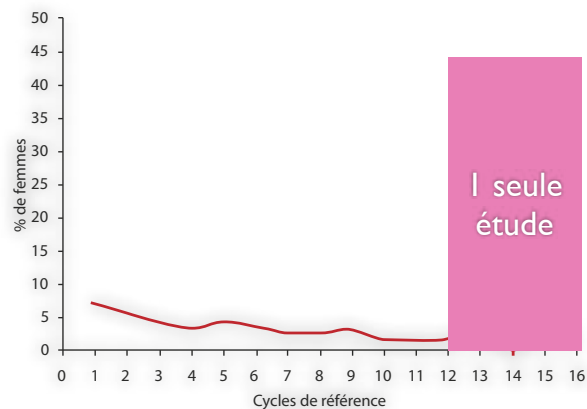
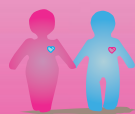


La « courbe de la joie » Métrorragies peu fréquentes



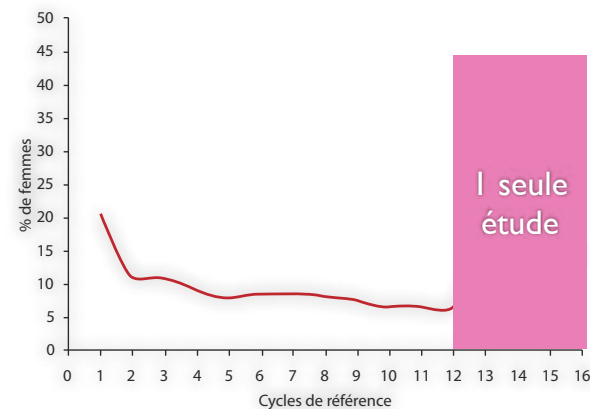
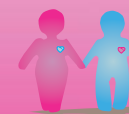
Power J. Cochrane 2012.

Saignements fréquents > 5 épisodes / 90j



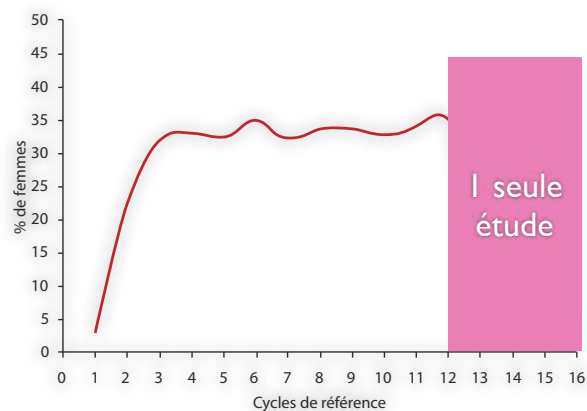
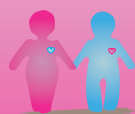
Power J. Cochrane 2012.

Saignements prolongés > 14 j pendant 90 j



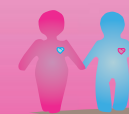
Power J. Cochrane 2012.

Aménorrhée



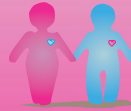
Power J. Cochrane 2012.

Pourquoi ?



- On ne sait pas (Mansour D. Contraception 2011).

Avant



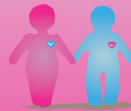
- Faire un « counseling adapté » et être réaliste sur les risques
- Augmente un peu l'acceptabilité et la poursuite (Halpern V. Cochrane Database Syst Rev 2006).

Ce n'est pas prouvé



Utiliser un progestatif oral avant pose (Mansour D. Contraception 2011).

Réponses

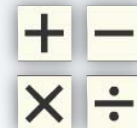


- | | |
|--|------------------------------------|
| ● Pas prévisible/différente selon les femmes | ● Irréguliers |
| ● Aménorrhée de 20 % environ | ● 20 % continus |
| ● Saignement spotings pouvant parfois justifier le retrait | ● $\pm$ Cycles conservés |
| ● Surtout les 3 premiers mois | ● Diminution habituelle des règles |

LES PROBLÈMES DE FOIE



$$21 \boxed{?} 4 = 84$$



MME A. DENAUME DE FOIX



MME A. DENAUME DE FOIX 29 ANS

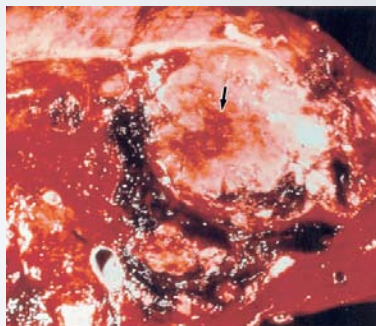


- GIP I, désir de grossesse dans quelques mois (CDI)
- Adressée par son hépatologue pour la découverte d'une masse hépatique fortuite lors d'une échographie faite pour une douleur abdominale.
- Après un bilan complémentaire (IRM), le diagnostic d'hyperplasie nodulaire et focale est posé.
- Ce médecin souhaite interrompre la contraception oestro-progestative

ADÉNOMES HÉPATIQUES



- Femmes de 20-44 ans
- Lobe hépatique droit
- Solitaire (70-80 %)
- **Estrogéno-sensible**

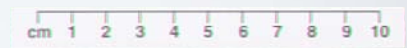


Prasad SR, Radiographics 2005

ADÉNOME HÉPATIQUE



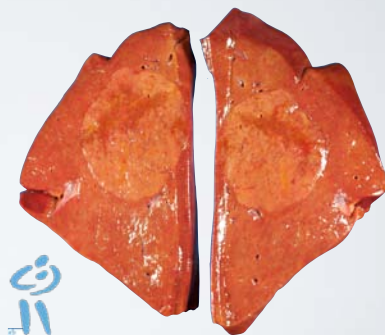
- Douleur abdominale épisodique épigastrique
 - par hémorragie
 - par nécrose tumorale
- Douleur violente par hémorragie abdominale
- 20 % de mortalité si diagnostic tardif



HYPERPLASIE NODULAIRE FOCALE



- 2e tumeur bénigne hépatique en fréquence
- Hémorragie, nécrose ou infarctus rares
- Pas d'indication à l'arrêt oestro-progestatifs mais surveillance à 3-6 mois



CHU Sainte-Justine

OMS



	Hyperplasie NF	Adénome	Cancer
Oestro-progestatifs (tous)	2	4	4
Progestatifs oraux	2	3	3
Implants	2	3	3
CIU Cuivre	1	1	1
CIU Mirena®	2	3	3

MME JAUNIDANLAP O.



MME JAUNIDANLAP O.



- Visite post-natale
- 29 ans, GI PI
- Pas d'antécédent particulier
- Découverte d'une cholestase gravidique à sa précédente grossesse ayant motivé un déclenchement du fait de sels biliaires élevés.

OMS



	Cholestase gravidique	Cholestase sous OP
Oestro-progestatifs (tous)	2	3
Progestatifs oraux	1	2
Implants	1	2
CIU Cuivre	1	1
CIU Mirena°	1	2

LES Z'AUTRES



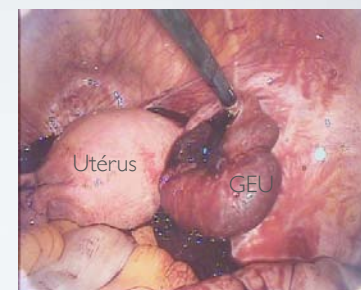
MME G. ÆHU



MME G. ÆHU



- 30 ans, G1P0
- Antécédent de GEU il y a 3 ans
- Sur grossesse non désirée sous COC
- Ne veut plus entendre parler « d'hormones »



LA GEU



- 5-10 % de GEU si grossesse sur DIU
 - Mais très peu de grossesses sous DIU
- 2-3 % de GEU spontanée
 - Mais beaucoup plus de risque de grossesse
- 10 fois moins de risque de GEU sur DIU que sans contraception (Mol BW. Contraception 1995).

OMS



Oestro-progestatifs (tous)	I
Progestatifs oraux	2
Implants	I
CIU Cuivre	I
CIU Mirena°	I

MME SAM FEHMAL



MLLE SAM FEHMAL



- 19 ans
- Ménarche à 14 ans et cycles irréguliers
- Premiers rapports à l'âge de 17 ans
- « Contraception » par préservatif
- Dysménorrhées primaires depuis... invalidantes.

ÉPIDÉMIOLOGIE



- 20-90 % des femmes
- 10 % sont invalidantes
- Surtout chez l'adolescente (60-93 %)
- 60 % modérées à sévères
- 17 % engendrant une absence (école, travail) Burnet MA. J Obstet Gynaecol Can. 2005.

DIAGNOSTIC



- Si échec du traitement empirique ou signe évocateur (leucorrhées anormales, douleurs pelviennes spontanées, examen clinique évocateur)



TRAITEMENT



- ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS (AINS)
- Avant l'apparition des règles et des douleurs
- Ex : Ibuprofène 400-800 mg/6 h PO



PILULE ET DYSMÉNORRÉE



- Efficace dans le traitement des dysménorrhées (Wong CL, Cochrane Database Syst Rev. 2009;)
- En traitement mensuel (Davis AR, Obstet Gynecol. 2005;)
- En cycle continu actif ou prolongé (Edelman AB, Cochrane Database Syst Rev. 2005) mais risque de spotting.
- 3e génération supérieure ? (Wong CL, Cochrane Database Syst Rev. 2009;)

LES ALTERNATIFS



- **Evra Patch™** :
dysménorrhée plus
fréquente que sous OP (Audet
MC, JAMA, 2001)
- **Nuva-Ring** : amélioration
comparable aux OP (Roumen FJ.
Contraception, 2007)



LES INTRA-UTÉRINS



- **CIU au cuivre** : Augmentation des dysménorrhées et du
volume menstruel de 50 % environ
- **CIU au LNG** (Mirena°) : efficace sur l'endométriose,
l'adénomyose, les dysménorrhées primaires (Varma R. Eur J Obstet
Gynecol Reprod Biol. 2006), même chez l'adolescent (Aslam N. J Obstet Gynaecol 2010)

NEXPLANON°



- Efficace sur les
dysménorrhées (Croxatto HB Eur J
Contracept Reprod Health Care. 2000)
- Même sur endométriose
(Walch K. Contraception 2009)



OMS



Oestro-progestatifs (tous)	I
Progestatifs oraux	I
Implants	I
CIU Cuivre	2
CIU Mirena°	I

MME FAY DES EUDES M.



MME FAY DES EUDES M.



- 24 ans, nulligeste, vient en consultation à la suite de sa consultation avec son allergologue. Cette patiente n'a aucun antécédent significatif et n'est pas tabagique. Elle est actuellement sous Minidril qu'elle prend depuis maintenant 5 ans.
- On a découvert chez cette patiente un angio-œdème héréditaire lié à un déficit en C1 inhibiteur.

DÉFICIT C1 INHIBITEUR



- 1/100 000
- Liée au contexte hormonal ? (40 % ➔ pendant les règles, amélioration ++ ménopause).
- Potentiellement grave (→ 25 % de mortalité en cas d'œdème laryngé non traité à temps)
- Impact fonctionnel +++ (jusqu'à 144 jours par an d'indisposition au travail).

DÉFICIT C1 INHIBITEUR



- Une des causes de douleur abdominale pseudo-chirurgicale (14-34 % des patientes on eu une laparotomie blanche pour ce type de douleur).
- Parmi les traitements habituels on retrouve des androgènes atténués (Danazol) et plus surprenant l'acide tranexamique.

CONFÉRENCE DE CONSENSUS

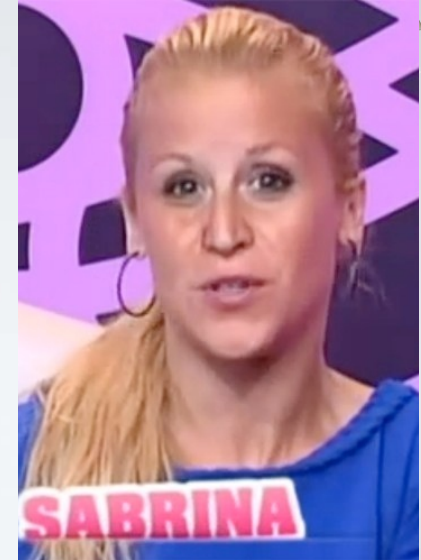


Il n'est pas recommandé d'utiliser les oestrogènes (donc les oestroprogestatifs chez ces patientes) => équivalent de niveau 3 OMS.

Les méthodes barrières, les DIU et les progestatifs peuvent être utilisés.

Caballero T et col. International consensus and practical guidelines on the gynecologic and obstetric management of female patients with hereditary angioedema caused by C1 inhibitor deficiency. J Allergy Clin Immunol 129:308, 2012

MME LAMUQUE O.



MME LAMUQUE O.



- 19 ans,
- Mucoviscidose suivie et traitée depuis sa plus jeune enfance.
- Désire «la pilule»

OESTROPROGESTATIFS ET MUCOVISCIDOSE



- Etude de 681 patientes dont 42 % ont été sous OP.
- Pas de variation dans les 2 groupes sur la fonction respiratoire, l'IMC, l'utilisation des antibiotiques
- Diminution de 1 à 2 % par an de la fonction hépatique.

Kernan NG et col. Oral contraceptives do not appear to affect cystic fibrosis disease severity. Eur Respir J 2012.

MAIS N'OUBLIONS PAS

- Les grandes pathologies où la contraception est « compliquée »
- ... sont souvent celles où la grossesse complique la pathologie

EXEMPLES...

- Cancer du sein
- Valvulopathie compliquée
- Diabète compliqué
- Cancer endomètre ou ovaire
- Épilepsie
- HTA ($S > 160$ || $D > 100$)
- Cardiopathie ischémique
- Maladie trophoblastique
- Tumeur hépatique maligne ou adénome
- Schistosomiase
- Cirrhose sévère
- Drépanocytose
- AVC
- Lupus
- Thrombophilie
- Tuberculose...

MERCI... DES QUESTIONS?



www.formagyn.com